

Nezgodne možganske poškodbe – tiha epidemija z dolgosežnimi posledicami

Asist. mag. sci. Sanja Šešok¹, univ. dipl. psih.

Asist. mag. Klemen Grabljevec, dr. med.²

NEZGODNA MOŽGANSKA POŠKODBA JE VSAKA nedegenerativna in neprirojena poškodba možganov, ki nastane zaradi delovanja zunanje sile in vključuje posledice neposrednih zapletov te poškodbe ter vodi včasne ali trajne posledice na področju vedenjsko-kognitivnega, klinično medicinskega in psiho-socialnega delovanja.¹ Zaradi visoke stopnje umrljivosti, zelo zahtevnega akutnega zdravljenja, dolgotrajne rehabilitacijske obravnave in zanesljivih ter trajnih posledic na vseh področjih poškodovančevega življenja, razumemo možgansko poškodbo kot največji medicinsko socialni problem razvitega sveta.

V Sloveniji ne vodimo registra poškodb glave, a iz podatkov o šifriranih diagnozah vemo, da v urgentnih kirurških ambulantah letno obravnavajo 4400 poškodovancev z vsemi oblikami poškodb glave in možganov, torej od blagih do resnih. Pojavnost nezgodne možganske poškodbe v Evropski Uniji znaša med 235-317 / 100 000 prebivalcev,² odvisno od države ali posameznih regij. Omenjeno število zapisanih diagnoz bi Slovenijo uvrstilo pravzaprav med države z malo možganskimi poškodbami, a je to glede na nekatere specifične socialno-odklonske navade (nevarna vožnja, uživanje alkohola, nagnjenost k adrenalinskemu športu ipd.) malo verjetno. Prej bi lahko rekli, da je upoštevanje diagnoz predvsem s področja blagih poškodb glave in možganov nepopolno in da določen delež poškodovancev z blago poškodbo ne poišče pomoči. Od opisanega števila poškodb glave je namreč okoli 90 % t. i. blagih poškodb oz. pretresov možganov. Spremljanje vzrokov zmernih in težkih možganskih poškodb (Glasgowska točkovna lestvica, GCS, pod 13) pri poškodovancih, sprejetih na rehabilitacijsko obravnavo Univerzitetnega rehabilitacijskega inštituta, pokaže, da 40 % poškodb botruje nesreča z motornim vozilom, 20 % poškodb se zgodi nemotoriziranim udeležencem v prometu (kolesarji in pešci), 35 % poškodb je posledica padcev raz-

ličnih vzrokov (delovne nesreče, športne poškodbe, prosti čas) in le v 5 % je poškodba posledica nasilnega dejanja. To seveda ne pomeni, da v naši državi ni nasilnih dejanj, ampak so v teh 5 % zajete le najtežje poškodbe kot posledica napada na osebo z elementi kaznivega dejanja.

Posledice vsake možganske poškodbe so med posamezniki različne in zelo težko napovedljive. Vzrok za nemoč pri postavljanju prognoze po možganski poškodbi je večplasten. Možganska poškodba v resnici ni nikoli lokalizirana, ampak je tudi ob zelo preprostem mehanizmu trka glave v trd predmet difuzno razpršena v obliki večjih oz. vidnih kontuzijskih žarišč in med različnimi možganskimi režnji razpršenih aksonskih poškodb. Če imamo pred očmi t. i. »funkcionalno anatomijo« možganov s funkcijami posameznih režnjev, lahko hitro ugotovimo, da razpršena aksonska poškodba ali več žariščnih poškodb lahko povzroči veliko različnih motoričnih in kognitivnih okvar in te pri dveh poškodovancih niso nikoli enake. Ali, kot je povedal Ricardo G. Senno, dolgoletni vodja oddelka za rehabilitacijo po možganskih poškodbah na inštitutu Rehabilitation Institute of Chicago, »letno vidimo stotine poškodovanih in njihovih družin - in prav toliko povsem različnih zgodb«.

Zelo na hitro lahko posledice možganskih poškodb razdelimo na nevrološke okvare in okvare gibalnega sistema, okvare kognitivnih funkcij, spremembe na področju osebnosti in vedenja ter seveda na t. i. funkcionalne posledice bolnikovega stanja in delovanja v okolju, ki so sekundarna posledica prej omenjenih. Praviloma bolnikovi svojci ob začetku rehabilitacije, torej po zaključenem akutnem zdravljenju in stabilizaciji vitalnih znakov, zamenjajo primarni strah, »ali bo naš Janez preživel«, s sekundarnim strahom, »kako bomo živeli z našim Janezom, ki je povsem drugačen kot pred poškodo«.

Depresija, pridružena drugim nevrološkim okvaram po možganski poškodbi, je tako za bolnika kot njegove bližnje še dodatna obremenitev, terapevtu oz. zdravniku pa predstavlja terapevtski izziv. Izkaže se lahko tako, kot jo večina pričakuje, torej kot stanje brezupa in »žalosti«, a pogosto tudi kot za okolico bistveno manj prijetno odzivanje: psiho-motorični nemir, razdražljivost, izguba motivacije, globalni kognitivni upad in celo nasilno vedenje. Na Oddelku za rehabilitacijo bolnikov po možganski poškodbi Univerzitetne-

Glej članek na strani 206.

Naslov: ¹Nevrološka klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana. ²Oddelk za rehabilitacijo po možganskih poškodbah, Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije, Ljubljana

ga rehabilitacijskega inštituta imajo bolniki po možganski poškodbi zagotovljeno nevropsihološko obravnavo, ki vključuje tudi test osebnosti in razpoloženja, a le manjši delež bolnikov je deležen celostne obravnave, ki bi vključevala tudi psihotrično zdravljenje. Hitra ocena stanja pove, da z antidepressivi zdravimo do 10 % bolnikov po možganski poškodbi. Velik problem v prepoznavanju depresije predstavljajo stanja omejenega zavedanja in odzivanja, okvare govorne aparata in motnje dvosmernega sporazumevanja.

Zagotovljena psihološka in psihoterapevtska obravnava že v akutnem obdobju po možganski poškodbi lahko tako bolniku kot svojem pomembno ublaži občutke frustracij, razočaranja, krivde, jeze, sramu in strahu. Cilj zgodnje psihološke obravnave je bolniku in svojem zagotoviti in omogočiti prilagoditvene strategije za premagovanje opisanih doživljanj in obdržati občutek lastne vrednosti in dostojanstva.

Ker možganska poškodba prizadene vso družino, je nujno, da rehabilitacija vključuje tudi podporo vsem družinskim članom, da lahko družina zopet zaživi. Družina se mora soočiti s spremenjeno vlogo družinskih članov, spremeni se odnosi med starši in sorojenci in v večinoma tudi med zakonci. Pri posameznikih z nezgodno možgansko poškodbo se kažejo velike kognitivne in čustvene spremembe. Velika večina poroča, da so depresivni, kar pomeni reakcijo na dogodek z vsemi posledicami, ki jih prinaša s seboj, hkrati pa se depresivnost lahko pojavi kot spremljajoč pojav objektivnega dogajanja, ki je posledica nevroatomskih in nevrokemičnih sprememb v možganih po nezgodnem dogodku.

Depresivna motnja je pogost zaplet v procesu okrevanja po nezgodni možganski poškodbi, saj posameznika ohromi na vseh področjih delovanja, ne le na čustvenem, temveč tudi na zaznavnem, telesnem, vedenjskem in socialnem področju. Žalostno razpoloženje, občutki krivde, nemoči in izguba zanimanja so tako močni, da lahko posameznik razmišlja tudi o samomoru. Zdravljenje in rehabilitacija sta otežkočena, posamezniki imajo težave tudi z vračanjem na delovno mesto in z vključevanjem v druge družinske ali socialne aktivnosti. Večja verjetnost, da se bo pri posamezniku po možganski poškodbi pojavila depresija, je, če je posameznik že pred poškodbo imel kakšno psihotrično bolezen, tudi depresijo, če je izkazoval težave na psihosocialnem področju, lahko pa na pojav depresije vpliva še tudi poškodba določenih predelov možganov.

Posameznik, pri katerem se pojavi depresija, težje doseže optimalni izid rehabilitacije tako v akutni kot tudi kasnejši fazi okrevanja.³ Kljub navadno hitremu napredku telesnega zdravja znotraj prvih šest mesecev po poškodbi, psihosocialni problemi vztrajajo kot dolgoročen problem pri večini posameznikov z možgansko poškodbo. Dejstvo, da je večina posameznikov, ki utrpijo tako nezgodo, mladih ljudi, moških, običajno starih med 19 in 25 let, ki jih nesreča doleti ravno v življenjskem obdobju, ko so na višku ustvarjanja lastne neodvisnosti, tako na področju prijateljstva, intimnih zvez kot kariere in zaposlitve. Po poškodbi postanejo znova delno ali tudi popolnoma odvisni od svoje primarne družine, zaradi posledic poškodbe pa imajo manj možnosti vzpo-

stavljati novo socialno mrežo, prijateljstva in nadaljevati poklicno kariero.

Bombardier s sod.⁴ je v svoji raziskavi na 559 osebah po možganski poškodbi vseh stopenj resnosti (blaga, zmerna in težka možganska poškodba) ugotovil 7,9-krat pogostejše pojavljanje resne depresivne epizode v prvem letu po nezgodni možganski poškodbi v primerjavi s pojavnostjo v celotni populaciji (53,1 % proti 6,7 %). Predhodne študije, ki so ugotavljale bistveno nižjo stopnjo pojavnosti (12 %-42,3 %) resne depresivne epizode, so to najverjetneje podcenile. Vzrok za ugotovljene razlike je v dejstvu, da je bila frekvenca intervjujev v študiji Bombardiera bistveno večja (vsak mesec v prvi polovici leta, nato pa v 8., 10. in 12. mesecu) in da so z njimi zajeli tudi krajše epizode depresije, česar predhodne študije niso uspele. Kot napovedni dejavniki za pojav resne depresivne epizode so omenjeni spol (ženske značilno pogosteje), starost (starejši nad 60 let značilno redkeje in starostna skupina 30-44 let neznačilno pogosteje), uživanje kokaina v času poškodbe (značilno pogosteje), odvisnost od alkohola (značilno pogosteje) ter depresivna epizoda ali psihotrična bolezen v anamnezi (značilno pogosteje). Bolj kot opisano je zanimivo dejstvo, da nekateri klinični obpoškodbeni dejavniki, ki jim sicer pripisujemo velik pomen za izid rehabilitacije, ne predstavljajo dejavnika napovedi za razvoj depresivne epizode. V raziskavi so avtorji ugotovili, da se pojavlja depresivna epizoda med osebami po blagi (GCS 13-15) možganski poškodbi v 51,9 %, kar je skoraj enako kot med bolniki z zmerno (GCS 9-12) možgansko poškodbo in le neznačilno manj kot v skupini oseb po težki (GCS 3-8) možganski poškodbi, kjer znaša 57,1 %. Prav tako se depresivna epizoda ni pogosteje pojavljala med osebami, ki so imele potrjene kortikalne kontuzije ali znotrajmožgansko krvavitev, v primerjavi z osebami, kjer opisanih radioloških sprememb niso zaznali.

Posebno zaskrbljujoč podatek je velika pojavnost resne depresivne epizode med osebami po blagi možganski poškodbi, ki je bistveno večja, kot so jo prikazovale nekatere predhodne študije.⁵⁻⁷ Kot se zelo ustrezno izrazijo avtorji članka, gre v tem primeru za »neviden zaplet pri nevidni poškodbi«, kar seveda povzroča zelo majhno prepoznavnost in zelo nizko stopnjo zdravljenja velikega števila oseb z resno depresivno motnjo. Ob upoštevanju podatka, da je med vsemi možganskimi poškodbami kar 90 % blagih poškodb in verjetnosti, da pomemben delež oseb po blagi poškodbi možganov oz. pretresu niti ne poišče zdravniške pomoči, lahko sklepamo, da je v Sloveniji vsako leto najmanj 2000 oseb z resno, a v glavnem neprepoznano in seveda nezdravljeno depresivno motnjo. Z vidika opisanega je zelo pomembno opažanje iz klinične prakse, da je večina oseb po blagi možganski poškodbi napotena nazaj na delovno mesto po treh mesecih in da so skoraj vsi, ki nimajo pridruženih oz. izraženih drugih nevroloških izpadov, napoteni na delovno mesto v šestih mesecih po poškodbi. Glede na izsledke omenjene raziskave obstaja torej velika verjetnost, da bo depresivna epizoda vplivala na storilnost in varnost na delovnem mestu.

Depresija se pri posameznikih z nezgodno možgansko poškodbo povezuje z mnogimi dejavniki, tudi s slabšimi rezultati začetne rehabilitacije, zmanjšanjem vsakodnevnih aktivnosti, povečanim občutkom neuspeha, povečanim stresom in na splošno zmanjšanim zadovoljstvom s svojim življenjem in zdravjem. Klinične izkušnje kažejo, da se tudi v slovenskem prostoru premalo poudarja psihosocialna rehabilitacija posameznika z možgansko poškodbo, kjer bi bili vključeni strokovnjaki psihiatri, psihologi, socialni delavci in drugi člani rehabilitacijskih timov. Pri zdravljenju depresije po nezgodni možganski poškodbi svetujemo kombinacijo medikamentoznega zdravljenja in ustreznih psihoterapevtskih tehnik, hkrati pa spodbujamo ukvarjanje z vsemi dejavnostmi, ki posamezniku dvigujejo stopnjo samozavesti.

LITERATURA

1. Burke D., Ordia J. I. Pathophysiology of Traumatic Brain Injury. V: Woo B. H., Nesutharai S (ur.). The rehabilitation of people with traumatic brain injury. London: *Blackwell Science*. 2001.
2. Tagliaferri F., Compagnone C., Korsic M., Servadei F., Kraus J. A systematic review of brain injury epidemiology in Europe. *Acta Neurochirurgica (Wien)*. 2006;148:255–68.
3. Rapaport M. J., McCullagh S., Streiner D., Feinstein A. The clinical significance of major depression following mild traumatic brain injury. *Psychosomatics*. 2003;44:31–7.
4. Bombardier C. H., Fann J. R., Temkin N. R., Esselman P. C., Barber J., Dikmen S. S. Rates of major depressive disorder and clinical outcomes following traumatic brain injury. *JAMA*. 2010;303(19):1938–45.
5. Bazarian J. J., Wong T., Harris M., Leahey N., Mookorjee S., Dombrovny M. Epidemiology and predictors of post-concussive syndrome after minor head injury in an emergency population. *Brain Inj*. 1999;13:173–89.
6. Schoenhuber R., Gentilini M. Anxiety and depression after mild head injury: a case control study. *J Neural Neurosurg Psychiatry*. 1988;51:722–4.
7. Seel R. T., Kreutzer J. S., Rosenthal M., Hammond F. M., Corrigan J. D., Black K. Depression after traumatic brain injury: A National Institute on Disability and Rehabilitation Research model systems multicenter investigation. *Arch Phys Med Rehabil*. 2003;84:177–84.